Patientenverfügung (gemäß § 1901 a BGB)

In Kenntnis der rechtlichen Folgen und im Bewusstsein der Tragweite meiner Entscheidung habe ich mich dazu entschlossen, meine persönlichen Verhältnisse eigenständig für den Fall zu regeln, dass ich meine Angelegenheit aufgrund einer Erkrankung oder Einschränkung meiner körperlichen, geistigen oder seelischen Fähigkeiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und/oder mein Selbstbestimmungsrecht in persönlichen und gesundheitlichen Angelegenheiten von mir selbst nicht mehr rechtswirksam ausgeübt werden kann.

Mit dieser Patientenverfügung möchte ich bindend festlegen, welche medizinischen Diagnoseerstellungen und Behandlungen ich strikt ausschließen und welche ich billigen möchte und denen somit ein Bevollmächtigter oder sonstiger rechtlicher Stellvertreter von mir zustimmen kann und welche er verweigern muss. Durch die Benennung von Vorsorgebevollmächtigten am Ende dieser Patientenverfügung, deren Bevollmächtigung aber nur unter der Bedingung wirksam ist, wenn diese sich strikt an diese Patientenverfügung halten, möchte ich eine eventuelle Anordnung einer Betreuung gegen meinen Willen durch ein Betreuungsgericht funktionell ersetzen, um die Wahrnehmung meiner Interessen und Entscheidungsbefugnisse meine Person betreffend für einen solchen Fall auf Personen meines besonderen Vertrauens zu übertragen und eine Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung strikt und verbindlich und unter allen Umständen zu unterbinden.

Da ich, ... Geburtsname...

geb. am .... in..

derzeit wohnhaft .... Telefon-Nr. ....

die Existenz irgendeiner psychischen Krankheit abstreite, stattdessen den psychiatrischen Sprachgebrauch und psychiatrische Diagnosen für eine schwere Persönlichkeitsverletzung und Verleumdung, sowie die Gefangennahme in einer Psychiatrie für eine schwere Freiheitsberaubung und jede psychiatrische Zwangsbehandlung für Folter und schwerste Körperverletzung erachte, möchte ich gemäß dem § 1901 a BGB hiermit eine Vorausverfügung errichten, um mich vor einer solchen Diagnostizierung bzw. Verleumdung und deren Folgen zu schützen, indem ich verbiete, folgende medizinischen Maßnahmen an mir durchzuführen:

A) Unter keinen Umständen darf bei mir irgendeine psychiatrische Diagnose erstellt werden. Ich verbiete hiermit jedem psychiatrischen Facharzt oder Fachärztin, mich zu untersuchen, genauso wie ich jedem anderen approbierten Mediziner untersage, mich hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ zu untersuchen. Allen Ärzten, die mich untersuchen wollen, untersage ich, den Versuch irgendeine der Diagnosen, die im International Statistical Classification of Diseases (aktuell ICD 10. Revision, German Modification) im Kapitel V mit den Bezeichnungen von F00 fortlaufend bis F99 als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden, zu stellen, und um jede mögliche Unklarheit zu beseitigen, führe ich diese noch genauer aus als:
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39 Affektive Störungen
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79 Intelligenzstörung
F80-F89 Entwicklungsstörungen
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
jeweils mit allen weiteren Unterspezifizierungen und alle später vorgenommenen Modifizierungen dieses Kapitels des ICD.

B) Strikt untersage ich folgende Behandlungen:
- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.
- Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst
- jede Einschränkung meiner Freiheit z.B. Einsperren in einer psychiatrischen Station, jede Fixierung, jede Behandlung gegen meinen geäußerten Willen, jede Zwangsbehandlung egal mit welchen als Medikament bezeichneten Stoffen oder Placebos.

- Behandlungen………

C) Ausdrücklich wünsche ich folgende medizinischen Behandlungen:
- wenn eine Erkrankung ein unumkehrbar tödliches Stadium erreicht haben sollte, soll……………………………………………........

………

………

………

D) Unter der Bedingung, dass die in A) bis C) ausgeführten Verfügungen eingehalten werden, bevollmächtige ich gemäß § 1896 Absatz 2 BGB folgende Personen zu meinen Vorsorgebevollmächtigten, die jeweils einzeln handlungsberechtigt sind. Die Bevollmächtigung ist an die Erfüllung der in dieser Verfügung genannten Anweisungen gebunden. Die jeweilige Bevollmächtigung ist unmittelbar widerrufen, sollte die vorsorgebevollmächtigte Person von den in dieser Patientenverfügung von A) bis C) festgelegten Anweisungen abweichen.

Liste der Vorsorgebevollmächtigten:

1) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

2) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

3) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

4) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

5) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

6) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

7) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

8) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

9) ………
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

10) ……
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitssorge – Vermögenssorge

Alle Vorsorgebevollmächtigungen gelten für alle Aufgabenbereiche, insbesondere meine Aufenthaltsbestimmung, meine Gesundheitssorge und meine Vermögenssorge, wenn diese nicht oben durch Streichung ausgeschlossen wurde. Sollten sich Anweisungen meiner Vorsorgebevollmächtigten widersprechen, gilt die Anweisung des Bevollmächtigten mit der niedrigeren Ordnungszahl oben.

Widerrufsvorbehalt
Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung und erteilte Vollmacht jederzeit im Ganzen oder teilweise widerrufen kann, sofern ich zum Zeitpunkt des Widerrufs geschäftsfähig bin. Ich bin mir der Tragweite und Rechtsfolgen dieser Vollmacht, über die ich mich hinreichend informiert habe, bewusst.

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

...., den……… (Unterschrift) ....

Diese Patientenverfügung ersetzt meine frühere Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung vom...……

Zusätzlich füge ich dieser Patientenverfügung die Kopie eines ärztlichen Attests über Geschäftsfähigkeit hinzu, so dass mein in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachter freier Wille und die Wirksamkeit dieser Patientenverfügung unbestreitbar sind. Das Original des Attests befindet sich in meinen Unterlagen.